

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1923

THÈSE

N° 257

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

Roberto BUZZI

Né en 1895, à Buenos-Ayres, République Argentine.
Docteur en Médecine de l'Université de Buenos-Ayres, 1920
Diplômé moniteur des Voies urinaires de la Faculté
de Paris, Hôpital Necker, 1921
Diplômé médecin légiste de la Faculté de Paris, 1922

DE LA

Voie transpéritonéo-vésicale

Président : M. F. LEGUEU, professeur

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUVE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, RUE RACINE, 15

1923

728

257

THÈSE
POUR
LE DOCTORAT EN MÉDECINE

769

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1923

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

Roberto BUZZI

Né en 1898, à Buenos-Ayres, République Argentine
Docteur en Médecine de l'Université de Buenos-Ayres, 1920
Diplômé moniteur des Voies urinaires de la Faculté
de Paris, Hôpital Necker, 1921
Diplômé médecin légiste de la Faculté de Paris, 1922

DE LA

Voie transpéritonéo-vésicale

Président : M. F. LEGUEU, professeur

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUVE & C^{ie}, EDITEURS

15, RUE RACINE, 15

1923

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

LE DOYEN : M. ROGER
ASSESEUR : G. POUCHET
PROFESSEURS

	MM.
Anatomie.	NICOLAS
Anatomie médico-chirurgicale	CUNEO
Physiologie.	CH. RICHET
Physique médicale	ANDRÉ BROCA
Chimie organique et Chimie générale	DESGREZ
Bactériologie	BEZANÇON
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	BRUMPT
Pathologie et Thérapeutique générales.	MARCEL LABBÉ
Pathologie médicale	N...
Pathologie chirurgicale.	LECENE
Anatomie pathologique.	LETULLE
Histologie	PRENANT
Pharmacologie et matière médicale	RICHAUD
Thérapeutique	CARNOT
Hygiène.	BERNARD
Médecine légale.	BALTHAZARD
Histoire de la médecine et de la chirurgie	MENETRIER
Pathologie expérimentale et comparée.	ROGER
Clinique médicale	ACHARD
	WIDAL
	GILBERT
	CHAUFFARD
	MARFAN
	NOBECOURT
Hygiène et clinique de la 1 ^{re} enfance	CLAUDE
Clinique des maladies des enfants.	JEANSELME
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.	PIERRE MARIE
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	TEISSIER
Clinique des maladies du système nerveux.	DELBET
Clinique des maladies contagieuses	LEJARS
Clinique chirurgicale	HARTMANN
	GOSSET
Clinique ophtalmologique	DR LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires.	LEGUEU
Clinique d'accouchements	BRINDEAU
	COUVELAIRE
	JEANNIN
Clinique gynécologique.	J.-L. FAURE
Clinique chirurgicale infantile	AUGUSTE BROCA
Clinique thérapeutique.	VAQUEZ
Clinique d'Oto-rhino-laryngologie.	SEBILEAU
Clinique thérapeutique chirurgicale	PIERRE DUVAL
Clinique propédeutique.	SERGENT

AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.			
ABRAMI	DUVOIR	LE LORIER	RETTERER
ALGLAVE	FIESSINGER	LEMIERRE	RIBIERRE
BASSET	GARNIER	LEQUEUX	ROUSSY
BAUDOUIN	GOUGEROT	LEREBoullet	ROUVIERE
BLANCHETIERRE	GREGOIRE	LERI	SCHWARTZ(A.)
BRANCA	GUENIOT	LEVY-SOLAL	STROHL
CAMUS	GUILLAIN	MATHIEU	TANON
CHAMPY	HEITZ-BOYER	METZGER	TERRIEN
CHEVASSU	JOYEUX	MOCQUOT	TIFFENEAU
CHIRAY	LABBE HENRI	MULON	VILLARET
CLERC	LATIGNEL-LAVASTINE	OKINCZYC	
DEBRE	LANGLOIS	PHILIBERT	
DESMAREST	LARDENNOIS	RATHERY	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation



A MON PÈRE

*Lutteur infatigable qui n'a rien
négligé pour moi, je lui rends ici
l'hommage de son œuvre.*

A MA MÈRE

*Toujours tendre et bonne, toute ma
reconnaissance filiale.*

A MES SŒURS ET FRÈRES

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR F. LEGUEU

Professeur de la Clinique des Voies urinaires
de la Faculté de médecine de Paris

Chirurgien en chef du Service des Voies urinaires,
Hôpital Necker

Ex-président et membre fondateur de la Société d'Urologie
française

Officier de la Légion d'honneur

Qu'il me soit permis d'exprimer ici publiquement
ma grande admiration pour mon Maître, M. le Pro-
fesseur Félix Legueu.

Il a su me montrer par son enseignement, avec
la hardiesse de ses conceptions et la largeur de ses
vues, toute l'importance de l'Urologie.

Mes hommages respectueux lui sont adressés, car
il m'a honoré en acceptant la présidence de ma thèse.

A MON MAITRE ET AMI

M. LE DOCTEUR C.-M. MATTA

Chirurgien en chef du Service des Voies urinaires
de Buenos-Ayres, Hôpital militaire
Chirurgien major
Ancien moniteur de l'Hôpital Necker

*Qui m'a donné les premiers ensei-
gnements de l'Urologie. L'affabilité
de sa personne et le bon sens de ses
conseils, garderont en moi une
grande place.*

A MM. LES CHEFS
DE LA CLINIQUE DES VOIES URINAIRES
DE L'HOPITAL NECKER

A M^{lle} C. B.

DE LA VOIE TRANSPÉRITONÉO-VÉSICALE

AVANT-PROPOS

« Lorsque, au cours d'une hystérectomie abdomi-
« nale, la vessie a été ouverte, et qu'elle s'est mise en
« communication avec le vagin, lorsque à l'opération
« a succédé une fistule vésico-vaginale, écrivait M. le
« Professeur Legueu en mai 1913, pourquoi ne pas
« suivre pour la guérir la voie même d'où elle est ré-
« sultée, la voie abdominale, qui permet si facile-
« ment d'aborder, de séparer les organes réunis par
« des adhérences pathologiques ?

« En incisant la vessie elle-même, par la voie péri-
« tonéale, en l'ouvrant en plein milieu de sa face
« postérieure, on se donnerait un jour lumineux d'ex-
« ploration sur la fistule, sur ses rapports avec le
« vagin, il serait peut-être facile d'aborder celle-ci et
« de la guérir par le dédoublement de deux orifices,
« et on serait peut-être plus sûr d'obtenir avec des
« péritonisations artificielles l'indépendance nécessaire
« des deux orifices. »

C'est en s'inspirant de ces réflexions que M. le

Professeur Legueu pratiqua en décembre 1912 pour la première fois la voie transpéritonéo-vésicale pour guérir une fistule vésico-vaginale post-opératoire, et, vu le résultat obtenu, ajoutait :

« J'ai vu la fistule, et refaisant en sens inverse le chemin qui avait conduit à la créer, je l'ai guérie. »

Aujourd'hui, à la lumière des faits recueillis dans le service d'Urologie de l'Hôpital Necker, et devant les résultats de l'emploi de la nouvelle méthode depuis sa création jusqu'à nos jours, après un intervalle de plus de dix ans, nous croyons qu'une révision et mise au point soit nécessaire.

C'est en regardant d'autre part toute la valeur pratique et le profit à en tirer d'elle-même que nous l'avons choisie comme sujet de thèse pour le titre du doctorat universitaire de la Faculté de Médecine de Paris.

Je ferais avant tout un aperçu général sur les fistules vésico-vaginales; puis je décrirai le procédé détaillé de la voie transpéritonéo-vésicale tel que le propose son auteur, M. le Professeur Legueu, suivi d'une étude et de commentaires sur certains points, pour arriver aux indications opératoires tirées de l'ensemble des faits enregistrés.

Dans ce travail, nous avons recueilli 16 opérées, et si nous tenons compte des résultats obtenus comme seuls faits pratiques, il va sans dire qu'après la constatation d'un succès de 100 pour 100 des guérisons, cette méthode mérite bien plus d'attention des chi-

rurgiens pour être employée plus fréquemment dans un avenir prochain, pour ces cas, car tous les autres procédés sont souvent autant d'opérations réalisées, mais autant d'échecs constatés.

C'est une méthode française issue des travaux de toute une école qui fait honneur à son pays et à son auteur surtout, M. le Professeur Legueu, qui a su si bien étudier et régler l'opération; je propose de l'appeler « opération de Legueu ».

CHAPITRE PREMIER

HISTORIQUE

C'est en 1881 que Trendelenburg fit la première tentative d'opérer une fistule vésico-vaginale, par la voie vésicale.

Première tentative qui échoua, ainsi que la suivante trois ans plus tard. Néanmoins, Trendelenburg persista dans cette voie, et il obtint trois guérisons successives. Les conclusions des observations de Trendelenburg se résument donc en deux mots : « toutes les fois que la fistule est inabordable par le vagin. »

En 1894, Pousson suivit l'exemple de Trendelenburg, et publia pour la première fois en France, dans les *Archives provinciales de chirurgie*, son succès.

Plus tard, plusieurs chirurgiens français, notamment : MM. Duplay, Pierre Delbet, Rafin et Imbert reprirent cette méthode.

En 1897, Martin, dans sa thèse de Paris, rapporta 11 observations d'opérations faites par voie vésicale.

En 1903, Thiers, de Lyon, réunit dans sa thèse

10 nouvelles observations d'opérations de Trendelenburg.

En 1909, G. Surin, de Lyon, fit une thèse, où il eut le mérite d'indiquer le rôle de la cystoscopie, qui permet d'apprécier les rapports exacts des orifices urétéraux avec la fistule. Il réunit 20 observations.

En 1910, Rocher et Müller publièrent une observation sur la fistule dont l'opération par la voie haute leur sembla indiquée par la présence des rapports étroits de la fistule avec l'orifice urétéral.

En 1912, Gourvitch, de Paris, fit sa thèse : *La Chirurgie vésicale des fistules vésico-vaginales*. Sur 35 observations publiées, il constata 65 pour 100 des guérisons.

En 1919, Davalos, dans sa thèse de Paris, mit à point : « La voie suspubienne transvésicale » pour les fistules vésico-vaginales.

Par contre deux auteurs seulement affrontèrent la voie transpéritonéale pour le traitement des fistules vésico-vaginales.

Dittel, en 1893, chirurgien de Vienne, publia sa première observation, et Forgue, en 1904, reprit la méthode ignorant cette première tentative de Dittel, qui aujourd'hui est appelée opération de Dittel-Forge.

Et c'est ainsi que nous arrivons à l'opération de Legueu, la voie transpéritonéo-vésicale, qui fit sa première opération en décembre 1912.

Dans notre travail, nous avons pu réunir 16 opé-

ractions des fistules vésico-vaginales opérées par la voie transpéritonéo-vésicale, avec une guérison complète et totale de nos opérées, c'est-à-dire 100 pour 100 des cas traités.

C'est d'après cette statistique, si petite soit-elle, que nous nous appuyons pour faire une critique et description de la méthode, et que nous allons insister sur les indications opératoires, vu le grand intérêt pratique que l'on obtient de son emploi.

CHAPITRE II

GÉNÉRALITÉS

I. — ÉTIOLOGIE

Les fistules vésico-vaginales peuvent avoir plusieurs origines.

1° *Traumatiques*, consécutives aux plaies du vagin; elles sont exceptionnelles. On les a vues se produire à la suite de chute en califourchon.

2° *Spontanées*. a) *Néoplasiques*, au cancer de la vessie qui a envahi et perfore la cloison vésico-vaginale. Elles n'offrent aucun intérêt pratique;

b) *Inflammatoires*, ou spécifiques, produites par la cystite grave, surtout la cystite tuberculeuse, qui ulcère la cloison;

c) En réalité, la cause de beaucoup la plus fréquente des fistules vésico-vaginales spontanées, provient d'un *accouchement laborieux*; ces fistules sont presque toutes dues à la pression prolongée de la cloison vésico-vaginale contre la face postérieure du pubis, par une tête foetale qui ne se dégage pas; la

zone comprimée se mortifie, puis s'élimine comme une escarre, créant une communication vésico-vaginale plus ou moins étendue.

3° *Chirurgicales*, ou opératoires, elles ont été, les unes le résultat d'une opération pratique systématiquement et de propos délibéré, telles sont les fistules consécutives à la taille vaginale pratiquée pour extraire un calcul de la vessie; ou bien la fistule est le résultat d'un accident ou d'une faute chirurgicale commise au cours d'une opération portant sur l'appareil pelvien de la femme, et tout en particulier les hystérectomies totales.

II. — ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Deux éléments sont à considérer : la fistule elle-même, et les lésions concomitantes.

1° *Fistule proprement dite*

a) *Siège*. — La fistule vésico-vaginale peut siéger à une profondeur variable. Elle occupe le tiers inférieur, moyen ou supérieur de la cloison vésico-vaginale.

La fistule qui occupe le tiers inférieur de la cloison, entame en même temps la partie postérieure de l'urètre et le col de la vessie; c'est plutôt une fistule uréthro-cervico-vaginale, d'après Verneuil.

Les fistules du tiers moyen sont déjà franchement

vésicales; elles sont appelées, réunies aux précédentes, « *fistules basses* »; par contre, les fistules du tiers supérieur sont des « *fistules hautes* ».

Ces dernières confinent avec le col de l'utérus et sont d'un accès difficile, et pour cela beaucoup moins simples à traiter.

Les fistules ne siègent pas toujours dans la ligne médiane, elles affectent souvent les parties latérales et sont alors en rapport très étroit avec un des orifices urétéraux.

L'orifice vésical, dans ces fistules hautes, est situé sur le trigone et la partie moyenne du bas-fond, remontant assez haut dans certains cas vers la paroi postérieure de la vessie, ce qui fait que toute intervention pratiquée par les procédés de la voie basse ou vaginale est impossible. Elles sont par contre justiciables et il y a là une des indications primordiales dans la méthode par la voie transpéritonéo-vésicale;

b) *Les dimensions* sont variables; tantôt si petites qu'elles passent presque inaperçues, difficiles à trouver; tantôt, au contraire, celles-ci constituent une large perte de substance dans laquelle l'extrémité du doigt s'engage librement; elles mesurent deux à trois centimètres de diamètre;

c) *La forme* est ovalaire ou elliptique; sa direction transversale, rarement oblique ou longitudinale;

d) *Les bords* de la fistule sont constitués par l'adossement et la continuité des deux muqueuses; ils

sont tantôt souples, tantôt épais, voire même durs et cailloux.

La muqueuse vaginale s'enroule ordinairement un peu du côté du vagin, formant une sorte d'ectropion.

Autour de la fistule on trouve souvent sur la paroi vaginale des brides et tractus cicatriciels.

2° *Lésions concomitantes*

Le vagin supporte d'abord très bien le contact de l'urine et à la longue il s'irrite, ses parois s'inflamment et s'incrudent de sels calcaires.

La vessie ouverte ne tarde pas à s'infecter, sa paroi se sclérose. Enfin, l'inflammation peut gagner aussi les uretères et les reins; il n'est pas rare de trouver chez ces malades des altérations rénales qui se caractérisent en clinique par une élévation de l'azotémie et de la constante d'Ambard. On doit toujours y penser avant de recourir à l'opération.

L'infection gagne l'utérus.

Le col utérin est ulcéré et sclérosé. En profondeur, elle s'étend aux annexes, ou bien elle se diffuse dans le petit bassin.

III. — SYMPTÔMES

L'apparition des symptômes varie avec le mécanisme de production de la fistule; elle est immédiate quand la fistule est due à une déchirure de la vessie, traumatique ou chirurgicale.

Quand elle est de cause obstétricale, elle se manifeste après la chute des escarres de la cloison vésico-vaginale, c'est-à-dire six à huit jours après l'accouchement.

Une fois la fistule constituée, le seul symptôme appréciable est l'écoulement involontaire d'urine par le vagin. Cet écoulement peut être continu ou intermittent.

L'intermittence et la quantité d'urine varient avec le siège et les dimensions. Quand la fistule siège au voisinage du col, les malades perdent leurs urines seulement dans la position debout, tandis que ce cas ne se produit pas dans la position couchée. Le contraire arrive quand la fistule siège dans le bas-fond vésical.

D'autres malades arrêtent leurs écoulements en se touchant vers la droite ou vers la gauche, signe que la fistule est située sur un côté.

D'ailleurs, les malades eux-mêmes parviennent souvent à retenir leurs urines dans le vagin en serrant les cuisses et en contractant les constricteurs de la vulve; il faut pour cela que la vulve soit assez étroite.

Les urines sont troubles et ammoniacales du fait de l'infection vésicale.

Les malades toujours mouillées exhalent une odeur urinaire très désagréable.

Les parties voisines de la vulve, irritées par l'écoulement incessant des urines, sont le siège d'érythèmes, d'ulcérations qui font beaucoup souffrir les malades.

IV. — DIAGNOSTIC

Le diagnostic des fistules vésico-vaginales est un des plus faciles.

Quand, à la suite d'un accouchement, ou d'une opération portée sur le vagin ou l'utérus, une femme se plaint de perdre ses urines, il s'agit, d'abord, de constater l'existence d'une fistule, et ensuite de préciser son siège, ses dimensions, sa nature.

Un examen local par le spéculum est nécessaire, et doit être complété par une cystoscopie si elle est possible.

Ce qui nous intéresse particulièrement, c'est le rapport de la fistule avec la vessie, autrement dit l'emplacement vésical de la fistule.

Ce diagnostic ne peut se faire qu'à l'aide du cystoscope, qui est actuellement un instrument de pratique courante; cet examen n'a pas été très employé dans l'exploration des fistules vésico-vaginales.

Quand le vagin est rétréci, scléreux et inextensible, difficilement explorable, pour arriver à trouver son orifice vaginal, on peut employer des liquides colorés introduits par la vessie. Les plus en vogue sont le lait, le bleu de méthylène, le permanganate de potasse, qui tous les trois sont très faciles à reconnaître une fois qu'ils passent à travers la fistule et réapparaissent par le vagin.

Il faut avouer que l'examen cystoscopique n'est pas toujours facile, mais il est loin d'être impossible.

Le siège et les caractères de la fistule ne sont pas les seuls éléments du diagnostic qu'il faut demander à la cystoscopie; cette opération permet en même temps de préciser l'état de la vessie en fournissant des renseignements suffisants pour pouvoir à l'avance, dans certains cas, prévoir l'issue de l'opération.

V. — TRAITEMENT

Le traitement des fistules vésico-vaginales est une question : 1^o d'autoplastie; 2^o de voie.

Comme autoplastie, trois méthodes ont été employées successivement : 1^o l'avivement; 2^o le dédoublement; 3^o le retournement.

L'*avivement* consiste à tailler tout autour de la fistule et dans la proximité de son bord libre, un lambeau de façon à pouvoir faire dans un deuxième temps la suture de ce bord ainsi cruenté.

Simple, comme il semble au premier abord, dans son exécution, il est aussi imparfait pour beaucoup de raisons; il est fréquent de voir un échec succéder à l'opération pratiquée par cette méthode; je dirai même que l'échec est presque fatal. De moins en moins employé, il est aujourd'hui abandonné entièrement.

Dans le *dédoublement*, existe d'abord un avivement, puis une séparation des deux orifices (vaginal et vésical), à pousser plus ou moins loin de façon à permettre de faire des sutures séparées des deux orifices, une profonde ou vésicale, l'autre superfi-

cielle ou vaginale. Cette séparation donne deux sutures étalées en deux plans différents.

Le *retournement* se fait aussi en plusieurs temps; avivement et suture immédiate d'abord; ensuite enfouissement de la même suture vers la vessie par retournement proprement dit; enfin, dans un dernier temps, glissement d'un lambeau taillé dans les environs en pleine muqueuse vaginale qui renforcera et recouvrira les plans précédents.

Plusieurs voies ont été employées pour traiter les fistules vésico-vaginales, voies qui toutes ont essayé à leur tour les plastiques que nous venons de décrire, avec modifications plus ou moins heureuses selon les chirurgiens.

Ainsi et par ordre, trois voies successives ont été proposées, à savoir : 1^o la voie vaginale; 2^o la voie vésicale; et 3^o la voie transpéritonéo-vésicale.

La *voie vaginale* a été la première et comme la seule indiquée. S'il est certain qu'elle a réussi dans quelques cas, par contre les échecs ont été d'une fréquence un peu alarmante. Combien de malades ont subi 5, 6 ou plus d'opérations pour guérir une toute petite fistule? même exécutées dans les meilleures conditions, par n'importe quelle méthode.

Ces échecs tant répétés ont fait que les chirurgiens regardent les fistules vésico-vaginales avec certaines craintes, raison qui a sa juste valeur, car ils restent désolés de voir dans les fistules vésico-vaginales un obstacle quelquefois difficile à surmonter. La répé-

tition de ces échecs avait attiré l'attention des chirurgiens, qui les incriminèrent au contact que produisit l'uriné sur la surface suturée.

Une quantité de procédés avec variantes plus ou moins intéressantes selon leurs auteurs, avait été indiquée pour remédier à cet inconvénient.

Ainsi, la sonde à demeure, qui empêche la stagnation de l'urine dans la vessie, et de là son contact continu sur la plaie suturée, fut la première proposée. Mais, cela n'a pas interdit que ces mêmes échecs se reproduisent à nouveau.

On en a alors conclu que la sonde provoquait l'action d'un corps étranger comprimant la suture elle-même, cause de sa désunion; d'autres virent plutôt l'infection qui toujours provient de l'introduction de la sonde avec sa mise plus ou moins longue, infection que favorise aussi la désunion de la suture.

Plus tard, on a dit que les opérées de fistules vésico-vaginales devaient être mises en position de décubitus ventral après l'opération, de façon à remonter dans un plan plus haut les sutures et empêcher que l'urine les mouille.

Ce fut une innovation heureuse au premier point de vue, mais qui est pénible, douloureuse et insupportable au dire des opérées, qui dans certains cas se redressent elles-mêmes dans le décubitus dorsal, dans l'unique position possible de les soulager.

Un pas de plus, et c'est alors l'application du double cathétérisme permanent des uretères. En théorie c'est parfait, mais, qui est capable de supporter

pendant huit à dix jours deux sondes urétérales sans souffrir d'abord, et sans provoquer par la suite des complications plus sérieuses encore que l'infirmité de la fistule elle-même ?...

Les infections pyéliquies et rénales si graves et redoutables à guérir, trouvèrent ainsi un large et facile champ de développement.

Sonde à demeure, position ventrale, double cathéterisme permanent des uretères, ne peuvent pas être employés si souvent qu'on le croit; c'est plutôt ajouter des inconvénients à la marche de la bonne cicatrisation des sutures, cicatrisation que seule la suture est susceptible de donner.

La voie vaginale a encore d'autres inconvénients plus sérieux, tel que l'accès difficile de la fistule dans un vagin transformé par l'infection chronique, ou la non-extériorisation à la vulve, etc., etc., sur lesquels nous nous réservons de revenir plus tard.

En somme, la voie vaginale, employée par n'importe quel procédé, garde toujours derrière elle des secrets que nous ne pouvons pas comprendre encore, même avec tous les compléments inimaginables à ajouter, les résultats n'ont pas modifié nos statistiques.

La *voie vésicale*, qui a succédé à la précédente, a permis de faire de grandes améliorations dans le traitement des fistules vésico-vaginales.

La situation de certaines fistules qui ne peuvent d'aucune manière être opérées par voie vaginale, soit par manque d'extériorisation à la vulve due à sa situation haute, soit par des adhérences qui la

retiennent, soit par étroitesse et cloisonnement du vagin, alors que la moindre place pour se faire jour est matériellement impossible, fait que la voie vésicale a été indiquée.

Mais encore ici, bien que les résultats ont été plus heureux, les échecs n'ont pas manqué, et toute une série de circonstances dont nous parlerons en détail plus bas, fait que ses indications ne sont pas toujours possible et son emploi reste très restreint.

D'ailleurs, les mêmes inconvénients de la voie vaginale, dus au contact des urines sur la suture, se répètent encore ici, et les modifications proposées pour les corriger n'ont pas donné plus de succès.

Nous croyons savoir que révision faite de toutes ces méthodes, il n'y a vraiment que la suture elle-même qui doive compter pour l'obtention d'un bon résultat. Les tiraillements des bouts avivés, les indurations des tissus modifiés par une infection chronique, le manque de plans de renfort dans les sutures, sont en quelques mots les inconvénients indispensables à surmonter pour pouvoir garantir que le résultat de la guérison radicale de la fistule vésico-vaginale est possible.

La *voie transpéritonéo-vésicale* fait son apparition d'après une des plus grandes conditions exigibles pour n'importe quelle opération, et surtout pour opérer une fistule vésico-vaginale : *facile abordage*. J'ajouterai, *et maintien de la suture*.

En effet, nous venons de voir que la voie basse est toute contre-indiquée dans les cas où la fistule ne

peut pas être descendue vers la vulve, soit qu'elle est située très haute, comme celles qui se produisent après l'hystérectomie totale, que la disparition du col de l'utérus enlève un point pour faire des tractions nécessaires à son abaissement, soit parce que des conditions anatomiques les unes, pathologiques les autres, font que la fistule reste cachée et perdue dans un creux où toute intervention est rendue impossible.

Mais, en plus de procurer un facile accès, que nous verrons quand nous détaillerons la méthode par la voie transpéritonéo-vésicale (chapitre technique), elle a un grand avantage qui consiste en ce qu'au moyen de son péritoine l'on peut renforcer et solidifier les sutures, chose qu'aucune autre voie ne peut nous rendre de même.

Ceci n'est pas tout : puisque le dédoublement et la séparation des deux orifices vésical et vaginal sont ici réalisables au maximum, nous voyons donc réunies dans cette méthode les conditions que l'on exige pour que toute intervention réalisée avec ces moyens soit un succès acquis d'avance. Dans de pareilles circonstances, la voie transpéritonéo-vésicale serait, au dire de son auteur, l'opération idéale.

Mais, malheureusement, cette méthode ne peut pas être employée pour n'importe quelle fistule, de là qu'une étude spéciale de ses indications soit nécessaire pour que son emploi rigoureux ne fasse échouer une tentative qui ne rentrerait dans le cadre de ses conditions exigibles.

CHAPITRE III

TECHNIQUE OPÉRATOIRE DE LA VOIE TRANSPÉRITONÉO-VÉSICALE

I. — SOINS PRÉLIMINAIRES

Ils ont une grande part dans le succès de l'opération, car leur nécessité s'impose moins à première vue; l'infection vésicale subaiguë ou chronique est moins attrayante que les lésions vulvo-vaginales dont se plaignent les malades, et qu'on ne peut en tout cas méconnaître lorsqu'on fait l'examen complet de la fistule avec le spéculum.

Bozéman appelait l'attention des chirurgiens sur l'importance capitale des soins préparatoires, et a formulé que : « la préparation est souvent plus difficile que l'opération ».

J'oserai vous dire que, dans notre procédé, s'il est certain que les soins pré-opératoires ne doivent pas être négligés, ils sont pour très peu, comparés à ce qu'est l'opération par elle-même, c'est-à-dire les sutures, et en pratique il est vrai que rien ne doit être oublié pour arriver à un résultat positif.

En général, il faut attendre au moins six semaines après l'apparition de la fistule, pour la traiter chirur-

gicalement. Pendant ce temps, les escarres ont été éliminées, les tissus sont moins vasculaires sans être encore rétractés et scléreux.

Dans les cas où la fistule serait consécutive à une hystérectomie totale pour cancer, on doit explorer soigneusement les culs-de-sac vaginaux pour se rendre compte de l'absence de toute récédive possible.

Si la malade est encore réglée, l'opération sera pratiquée une fois passées ses périodes menstruelles.

Quand on interviendra après un échec, on ne le fera que deux ou trois mois après celui-ci.

Il faut dire que parmi toutes nos observations qui constituent ce travail, nous trouvons bon nombre d'échecs, et qu'avec les restantes toutes nos malades lorsque nous les avons opérées, ont eu suffisamment de temps pour que nous puissions intervenir à nouveau.

II. — PRÉPARATION DE LA VESSIE ET DU VAGIN

La vessie est généralement infectée à un degré variable, qu'on pourra estimer approximativement par l'examen des urines. Il faut la désinfecter soigneusement, et traiter la cystite par les moyens habituels et variables suivant leur acuité : instillations et lavages, urotropine à l'intérieur.

On poursuivra ce traitement jusqu'à ce que les urines se soient clarifiées, et on vérifiera si possible le bon état de la muqueuse vésicale par une cystoscopie.

Une pyurie persistante et abondante nous fera penser à un calcul probable, en dehors de toute autre cause capable d'expliquer ce symptôme par lui-même.

Le vagin et la vulve seront aussi soigneusement désinfectés, comme s'il s'agissait ici d'intervenir par la voie vaginale.

La vulve sera rasée, des savonnages et des applications répétées des poudres absorbantes ou des pom-mades à l'oxyde de zinc feront disparaître l'érythème et les excoriations de la vulve et régions environnantes. Des lavages abondants nettoieront le vagin.

La malade sera purgée l'avant-veille de l'opération et la veille prendra un lavement.

La paroi abdominale sera savonnée et nettoyée à l'alcool comme pour toute opération de laparatomie.

S'il est une intervention à laquelle convienne avec ses meilleurs avantages l'anesthésie lombaire, c'est bien l'opération de la fistule vésico-vaginale.

Avec une dose suffisante on dispose de plus d'une heure d'anesthésie parfaite; la résolution complète des muscles abdominaux et surtout de la vessie est au maximum; la malade garde une immobilité constante, ce qui facilite énormément l'opération.

Après l'intervention, nous n'avons pas à compter avec la poussée défavorable sur la paroi suturée, qui résulte des vomissements post-chloroformiques en particulier.

III. — TEMPS DE L'OPÉRATION

La malade, après anesthésie, est mise en position de Trendelenburg. On pratique une laparatomie médiane sous-ombilicale; l'écarteur de Legueu est placé et le champ opératoire est protégé en refoulant vers le diaphragme les intestins.

On voit de suite la face postérieure de la vessie recouverte de son péritoine.

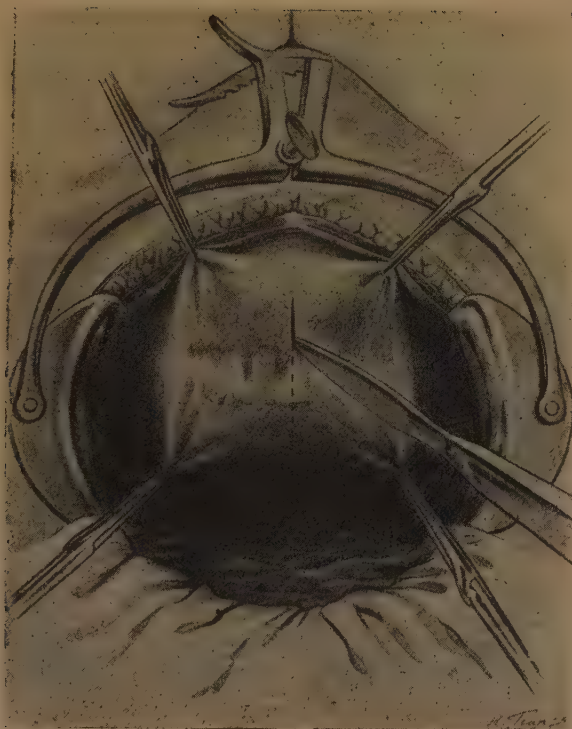
Comme nous avons affaire à des malades la plupart hystérectomisées, la vessie est facilement reconnue, elle se continue sans ligne de démarcation avec la face postérieure du vagin.

PREMIER TEMPS. — *Taille vésicale médiane postérieure longitudinale*

Exactement sur la ligne médiane, enfoncez le bistouri dans la cavité vésicale, et fendez toute sa paroi postérieure par une incision franche, nette, régulière et médiane qui va jusqu'à la muqueuse, et si l'utérus est enlevé et si la fistule est post-opératoire, l'incision va jusqu'au vagin, qui est ainsi ouvert du coup (voir fig. 1).

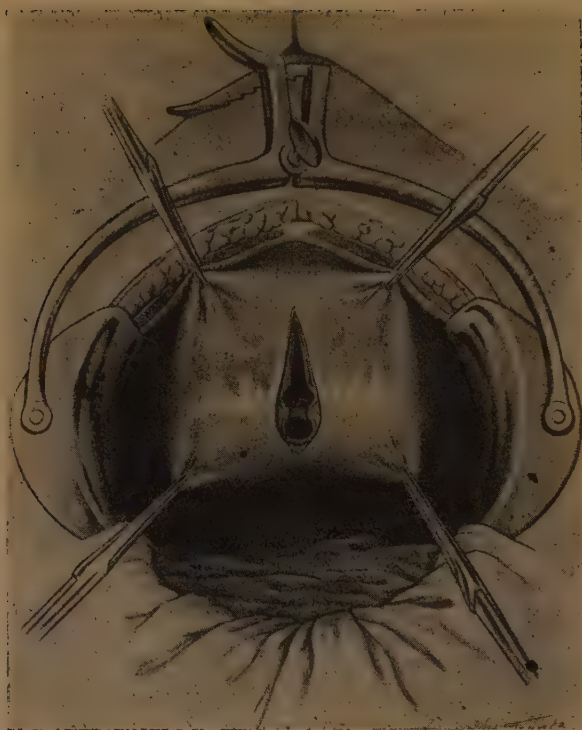
Sur les lèvres de l'incision ainsi faite, des pinces sont placées qui prennent autour du péritoine, et attirent en avant, vers le pubis, les lèvres de la vessie, la vessie tout entière et son bas-fond.

On peut ainsi extérioriser pour ainsi dire, sinon la



D'après M. le Prof. F. LEGUER

Fig. 1. — Voie transpéritonéo-vésicale. *Premier temps.* L'abdomen ouvert en position Trendelenburg on voit la face postérieure de la vessie, qui se continue avec le vagin. Le bistouri se prépare à fendre cette paroi vésico-vaginale largement.



D'après M. le Prof. F. Laguze.

Fig. 2. — Voie transpéritonéo-vésicale. La vessie et le vagin incisés, on aperçoit la fistule vésico-vaginale

fistule, la vessie et favoriser dans une certaine et très large mesure, l'accès à la fistule. Cette facilité frappe tout de suite le chirurgien.

A travers la brèche on voit la fistule; dans les cas où je considère cette voie comme indiquée, la fistule ne doit pas être loin de l'extrémité postérieure de l'incision faite à la vessie (voir fig. 2).

Comme le vagin a été ouvert en même temps que la vessie, on voit alors la fistule entre l'ouverture vésicale et l'ouverture vaginale. Ce premier temps, temps explorateur, est terminé.

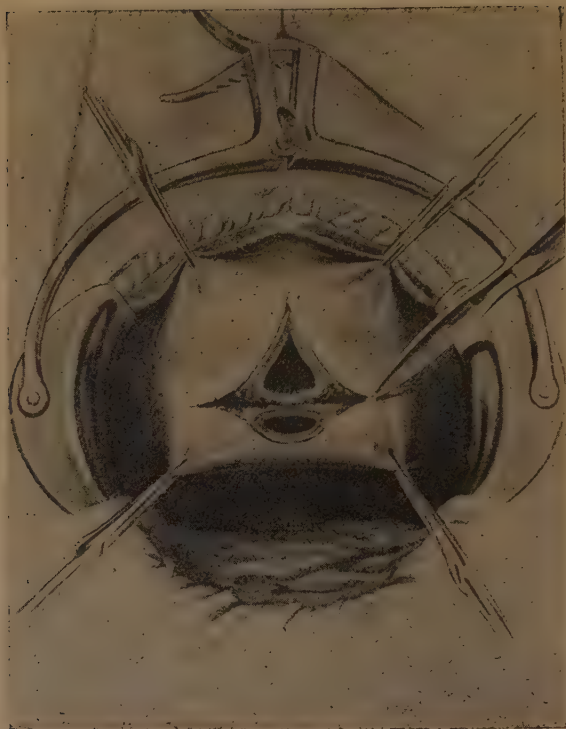
DEUXIÈME TEMPS. — *Séparation des deux orifices*

Sous le contrôle de la vue, on sépare à l'aide des ciseaux le vagin et la vessie; on rétablit l'indépendance des deux orifices comme elle existait avant le moment où la fistule s'est constituée (voir fig. 3).

Ce dédoublement de la paroi vésico-vaginale doit être poussé loin, à un bon centimètre des bords de la fistule; le décollement ne porte pas seulement sur la muqueuse vésicale, il porte sur toute l'épaisseur de la paroi vaginale. C'est le vagin et la vessie qui sont séparés.

TROISIÈME TEMPS. — *Suture isolée de la vessie par plusieurs plans*

L'épaisseur de la paroi vésicale permet de faire une suture aussi soignée que s'il s'agissait d'une taille simple (voir fig. 4).



D'après M. le Prof. F. LEGER

Fig. 3. — Voie transpéritonéo-vésicale. *Deuxième temps.*
Séparation des deux orifices.



D'après M. le Prof. F. LÉGUEU

Fig. 4. — Voie transpéritonéo-vésicale. *Troisième temps*. Suture isolée de la vessie

On fait un premier plan au catgut chromé qui comprend la muqueuse et une partie de la musculaire; un deuxième plan musculaire et séreux. La brèche de la face postérieure de la vessie est suturée de droite à gauche de telle façon que la ligne de suture soit verticale.

QUATRIÈME TEMPS. — *Suture isolée du vagin*

Le vagin est suturé pour son compte (voir fig. 5), comme il l'est après une hystérectomie abdominale totale, par quelques points au catgut, séparés.

CINQUIÈME TEMPS. — *Péritonisation des surfaces cruentées*

J'attache à ce temps une grande importance.

Devant la fistule, essayez de glisser du péritoine de la face postérieure de la vessie pour que l'indépendance des orifices fermés, de la vessie et du vagin, soit parfaitement assurée (voir fig. 6).

S'il est possible, tâchez de péritoniser le moignon supérieur du vagin, et de l'enfouir sous le péritoine du ligament large. Ces sutures péritonéales seront faites à la soie fine.

A partir de ce moment l'opération est terminée, il nous reste à fermer la paroi abdominale comme il convient. Avant, je conseillerai de mettre un petit drain dans le cul-de-sac péritonéal en arrière du vagin.



D'après M. le Prof. F. LEQUEU

11

Fig. 5. — Voie transpéritonéo-vésicale. *Quatrième temps.* Après la vessie, le vag i
est suturé isolément.



D'après M. le Prof. F. LEGUEU

Fig. 6. — Voie transpéritonéo-vésicale. *Cinquième temps.* Aspects des sutures lorsque les deux orifices fistuleux sont suturés et recouverts du péritoine.

Puis, il est nécessaire de mettre une sonde à demeure dans la vessie, pour faciliter son videment. La cicatrisation de la plaie vésicale est ainsi plus sûre et rapide toutes les fois que l'on met cet organe en repos tel qu'avec la sonde à demeure.

IV. — SOINS POST-OPÉRATOIRES

Une surveillance étroite du fonctionnement du drain et de la sonde à demeure est indispensable au succès de l'opération.

L'urinal où aboutira la sonde sera placé dans un plan légèrement plus bas que le matelas; sera vidé à heures régulières, tenu propre et nettoyé à fond chaque jour.

Aucun lavage vésical ou vaginal ne sera fait dans les trois ou quatre premiers jours; mais il est important que la sonde marche, pour éviter qu'un caillot en venant l'obstruer puisse provoquer la rétention d'urine, d'où résulteraient la réplétion et la distension de la vessie et la désunion possible des points de suture.

Les suites opératoires sont des plus simples.

Ablation du drain abdominal le troisième jour, vu tout danger d'infection péritonéale disparu.

Changement quotidien de la sonde à demeure, préalablement stérilisée à l'ébullition. Ablation définitive de la sonde à partir du douzième jour.

Purgation régulière de la malade trois jours après son opération.

Ablation définitive des fils vers le dixième jour.

V. — QUELQUES CONSIDÉRATIONS SUR DIVERS POINTS DE LA TECHNIQUE

Pour opérer commodément, un jour suffisant est nécessaire et indispensable.

La laparatomie telle qu'on la réalise suivant le procédé du Professeur Legueu remplit cette indication, l'écarteur de Legueu la complète en maintenant la séparation des muscles abdominaux.

La taille longitudinale est à notre avis l'unique à employer; la taille transversale n'a pas d'indications d'après ce que nous venons de dire. Sauf dans le cas de vouloir un grand jour, quand l'étendue des tissus indurés est très grande, on pourrait à la rigueur la compléter par une taille en T.

Pour mieux exposer la fistule, les chirurgiens ont eu recours à des manœuvres diverses, telle la mise d'un doigt dans le vagin pour soulever le cul-de-sac vaginal antérieur et de la vessie en même temps; l'emploi d'un ballon de Petersen a été aussi conseillé.

Ces manœuvres sont plutôt gênantes qu'utiles, car en réalité elles empêchent la mobilité des tissus.

Dans la méthode préconisée par M. le Professeur Marion, on se sert d'une pince en cœur à dents non pénétrantes et très élastique, qui peut saisir et tenir

solidement sans danger la muqueuse vésicale pour attirer la vessie et en même temps extérioriser la fistule.

Dans notre méthode, nous faisons emploi de deux pinces pour attirer la vessie en haut et la fendre franchement de façon à couper si possible la fistule, que nous supposons dans le voisinage avec le vagin.

La façon de procéder à l'occlusion de la fistule est un point capital dans le traitement chirurgical des fistules vésico-vaginales.

Comme le disait M. Duplay dans sa communication à l'Académie de Médecine : « Le dédoublement de la paroi vésico-vaginale au pourtour de la fistule, les deux rangs de sutures l'une profonde et intravésicale, l'autre superficielle et extravésicale, me paraissent en effet devoir être adoptées à l'avenir, comme le seul procédé capable d'assurer le succès de l'opération. »

Nous avons exposé dans le chapitre de traitement en quoi consiste le dédoublement. Par cette plastique on adosse largement deux surfaces cruentées, et on fait deux plans de sutures indépendantes, ce que l'on n'obtient jamais par le procédé américain pur, ou de l'avivement simple.

C'est en suivant ces mêmes principes, et en les renforçant d'une manière toute particulière, que nous les appliquons dans la méthode par la voie trans-péritonéo-vésicale.

« Nous faisons suivant les divers temps, d'abord

« une séparation des deux orifices, et avec eux des
« deux organes; ensuite nous suturons isolément après
« avivement la vessie et le vagin respectivement, pour
« faire dans un dernier temps, la vraie modalité de
« notre méthode : *la péritonisation des surfaces cruen-*
« *tées.*

« Nous lui donnons une très grande importance, à
« cette péritonisation. En effet, c'est au péritoine que
« nous lui demandons pour *couvrir, renforcer et ga-*
« *rantir* contre tout échec, les sutures de la vessie
« et du vagin.

« Le péritoine est un parfait élément d'adaptation,
« et l'on ne voit jamais de ce côté ces désunions qui
« se produisent dans la taille extrapéritonéale.

« Là où les chirurgiens ont des craintes pour réali-
« ser une laparatomie et montrent la critique à notre
« méthode, en nous disant que c'est une cause pro-
« bable de péritonites, c'est pour nous, je vous le ré-
« pète, *la clef du procédé.* puisque avec la lapara-
« tomie nous obtenons :

« 1^o Un grand jour, qu'aucun autre procédé ne
« peut nous donner aussi largement;

« 2^o A nous permettre un accolement si facile et
« si parfait de la vessie, que jamais on ne voit de fis-
« tule à la suite de cette opération;

« 3^o A nous donner les rapports exacts de la fis-
« tule avec les uretères et le vagin;

« 4^o A trouver le péritoine nécessaire pour le der-
« nier temps de l'opération. »

Cette péritonisation est d'autant plus facile à réa-

liser, que nous l'exécutons sur des malades où l'utérus a été enlevé avant, comme sont les cas de fistules post-opératoires d'une hystérectomie totale. Nous présentons, sur 16 observations, 10 malades hystérectomisées.

Le procédé de Dittel-Forgue, qui est en quelque sorte semblable au nôtre, présente des différences capitales dans son exécution. Ainsi, de la dite méthode, une fois la laparatomie faite, par une incision transversale entre le vagin et la vessie, ces auteurs cherchent un plan de clivage pour pouvoir arriver à la fistule, puis ils font, sans ouvrir la vessie, la suture séparée des deux orifices, pour fermer le péritoine et remettre tout en place.

Il suffit de regarder attentivement notre méthode pour trouver des différences. « Ainsi, nous incisons
« la vessie et le vagin et, si possible du même coup
« la fistule; nous séparons les deux orifices et les
« deux organes, nous avons sous nos yeux les rap-
« ports exacts, de telle façon, que nous voulons que
« cette opération soit aussi parfaite que possible; puis
« nous enfouissons chaque moignon, vésical et vaginal
« dans le péritoine complètement séparé. »

Donc, en résumé, ce que nous venons d'exposer, ce serait : laparatomie, séparation des orifices et des organes, sutures isolées et péritonisations respectives.

Il n'est plus besoin d'insister que la muqueuse vésicale doit être suturée au catgut chromé. Nous avons abandonné la soie pour celui-ci, en nous rappelant que : *« les fils non réabsorbables s'incrudent »*

« des sels calcaires, et donnent naissance à des cal-
« culs », comme d'ailleurs nous l'avons constaté chez
deux de nos opérées.

Nous n'avons pas à parler de la position de la
malade au lit après l'opération, c'est-à-dire dans la
position ventrale, conseillée par M. le Professeur
Marion. Elle est très pénible au dire même des opé-
rées. Non plus nous n'insisterons pas sur le tam-
ponnement vaginal, qui plutôt servira à favoriser
l'infection qu'à la préserver, car elle s'opposerait à
l'écoulement des sécrétions qui tendent spontanément
à se faire vers la vulve, c'est-à-dire vers l'extérieur.

D'après cet exposé de la méthode, il semblera
facile à n'importe qui de réussir dans des conditions
semblables. Il faut penser qu'avant tout c'est une
opération abdominale à travers le péritoine et à tra-
vers la vessie, et que si les temps sont bien faciles à
exécuter, sa réussite est d'autant plus sûre qu'elle
sera réalisée par des chirurgiens exercés avec la
maîtrise acquise dans les années de longue pratique.

CHAPITRE IV

INDICATIONS

Plusieurs facteurs doivent être pris en considération :

- a) La fistule elle-même;
- b) Les modifications du vagin;
- c) L'état de la vessie.

a) LA FISTULE ELLE-MÊME

1^o *Etiologie*. — D'abord, les fistules provenant d'une hystérectomie totale, c'est-à-dire post-opératoires. Dans notre statistique, sur 16 observations, nous en avons 10 cas de ce genre; elles constituent la majorité.

Ensuite, les fistules provenant d'un accouchement prolongé et laborieux.

2^o *Siège*. — Les fistules appelées par leur siège, *fistules hautes*, tel que le propose la classification de M. Michon; et qui comprennent celles qui se trouvent dans le tiers supérieur de la cloison vésico-vaginale.

Encore ici nous pouvons avoir affaire à deux variétés différentes de fistules hautes : a) fistules hautes post-opératoires d'hystérectomie totale, ou sans col utérin; b) fistules hautes après accouchement, ou avec col utérin.

3^e *Dimensions.* — Les grandes dimensions d'une fistule ne semblent pas constituer une vraie contre-indication, mais, en règle générale, le chirurgien pourra seul évaluer jusqu'où il pourra traiter les grandes fistules. D'un autre côté, nous le disons franchement, qu'il vaut mieux ne pas les toucher, l'échec est presque certain et quelquefois ajoute après l'opération une infirmité plus grande que celle qui existait auparavant.

En dehors de ces réflexions, nous pouvons dire que, en tout cas, c'est grâce à notre procédé que nous arriverons à nous donner le plus grand jour, et un autre avantage serait que, lorsqu'on interviendra par la voie transpéritonéo-vésicale, la suture des orifices vésical et vaginal est obtenue d'une manière régulière, plus franche, plus nette et complète que dans toutes les autres méthodes.

C'est en partie suivant la façon qu'a été faite cette suture, que dépend le succès de l'opération.

b) LES MODIFICATIONS DU VAGIN

1^o *Les rétrécissements* du vagin, congénital ou acquis, s'observent durant le jeune âge. Dans ces cas, les fistules échappent à la voie basse. D'autre part,

nous savons comment le vagin se rétrécit à la suite de la séparation des escarres par les tissus scléreux qui ont formé la fistule.

2° *Les brides cicatricielles*, elles-mêmes, cloisonnent le vagin en le fixant soit au pubis, soit à l'ischion. La fistule perdue dans un diverticule qui la cache à la vue ne peut pas être amenée à l'extérieur à cause de ses adhérences aux parois du bassin.

C'est dans ces deux cas : *fistule haute*, et *fistule inabaissable*, que nous proposons, comme toute première indication, la voie transpéritonéo-vaginale.

3° *Absence du col utérin*. — Le col utérin est supprimé dans les hystérectomies totales. Les ligaments larges constituent, après la séparation des lésions opératoires, de véritables cordes qui suspendent le vagin et fixent la fistule. D'autre part, ces fistules sont placées *très haut*. Voilà un ensemble de circonstances qui encore ici empêchent l'extériorisation de la fistule, et son traitement par la voie basse est tout contre-indiqué.

C'est dans ces conditions que la voie transpéritonéo-vésicale fut créée par M. le Professeur Legueu en décembre 1912.

c) L'ÉTAT DE LA VESSIE

Quand les vessies sont très infectées de longue date, ou que l'épaississement des parois empêche de faire quoi que ce soit dans leur cavité, l'emploi de

la voie transpéritonéo-vésicale est indiquée tout particulièrement.

Nous nous faisons forts en disant que dans ces conditions la voie appelée transvésicale pure est toute contre-indiquée, puisque c'est la vessie seule qui donnera le jour pendant l'opération, et l'on comprend bien que c'est impossible dans de pareilles circonstances, tandis que dans notre méthode l'ouverture de la cavité vésicale n'est que secondaire.

De même pour les vessies calculeuses, infectées et ratatinées sur elles-mêmes, qui trouvent dans notre procédé une large mesure d'indication.

Si nous voulons résumer en deux mots dans quelles conditions la voie transpéritonéo-vésicale doit être indiquée ainsi que nous venons de le dire, ce serait :

1° Dans les *fistules post-opératoires* en général après hystérectomie totale;

2° Dans les *fistules hautes* de la cloison vésico-vaginale;

3° Dans les *fistules inabaissables*, soit par absence du col utérin (après hystérectomie totale), soit à la suite des brides cicatricielles dans le vagin;

4° Dans les fistules que les méthodes dénommées transvésicales pures se trouvent contre-indiquées.

CHAPITRE V

RÉSULTATS

Dans les 16 observations qui font l'objet de ce travail, le succès a été complet et total de première intention, jamais nous n'avons eu recours à une nouvelle opération.

Le seul cas échec, l'observation IV, comme nous le verrons en détail dans l'étude de l'observation, n'est nullement imputable à l'opération elle-même, la malade étant morte à la suite d'une anurie le troisième jour qui suivit son opération. Cette anurie est pour nous due au chloroforme et au mauvais état fonctionnel de ses reins, raisons pour lesquelles nous ne la tenons pas en compte dans la statistique.

Dans 10 cas, la fistule provenait d'hystérectomies totales.

Dans 5 cas, la fistule était due à la suite d'un accouchement.

Deux de nos malades avaient été opérées plusieurs fois avant de l'être par la voie transpéritonéo-vésicale; ainsi, comme l'indique l'observation II, c'était une malade ayant subi six fois l'opération par la voie

basse; l'observation XV était une malade opérée aussi une fois par voie basse sans résultat. Toutes les deux ont été guéries par première intention après notre intervention chirurgicale par la voie transpéritonéo-vésicale.

Les suites opératoires de toutes nos opérées ont été très bonnes.

Il faut cependant que nous disions quelques mots à propos de l'observation V. Elle est celle d'une malade, où la sonde à demeure s'était oblitérée pendant la deuxième nuit après son intervention. Une rétention vésicale considérable s'étant produite, la vessie distendue montait jusqu'à l'ombilic, et cependant les sutures tinrent parfaitement; aucune infection péritonéale ne s'y produisit, il a suffi de faire marcher la sonde en enlevant le caillot qui obstruait la voie, pour que tout revienne en ordre, et d'observer que la marche régulière de la cicatrisation se faisait aussi bien que chez les autres opérées.

Nous en avons conclu que seule la suture a eu raison de cet accident en nous prouvant d'une manière éclatante toute la valeur que nous lui donnons : *la suture à elle seule est responsable du succès.*

Les observations VI et XIII se rapportent à deux malades chez lesquelles nous avons été surpris de la production des calculs quelques mois après l'intervention chirurgicale.

Comme nous l'avons déjà dit, cela tient à l'emploi de la soie que nous avons fait au commencement de la méthode. Etant donné que la soie est une subs-

tance non réabsorbable, les sutures vésicales ainsi faites, provoquent par sa présence l'incrustation des sels et la formation de calculs. Depuis cet avertissement, nous l'avons abandonnée complètement, et le catgut chromé l'a remplacée. Avec le catgut chromé, le temps de réabsorption est plus long qu'avec le catgut simple, et son emploi nous assure la parfaite cicatrisation de la taille aussi bien que la soie.

La soie est seulement employée pour les surjets de péritonisation.

Le résultat obtenu après l'opération a été constaté chez la plupart de nos malades, qui furent revues deux, trois et quatre ans plus tard.

D'après l'étude de ces 15 opérations (ne comptant pas l'observation IV) réalisées par la voie transpérilonéo-vésicale, 15 succès par première intention ont suivi l'emploi de la méthode, autrement dit nous avons eu 100 pour 100 de guérisons.

Si nous comparons le résultat obtenu dans la thèse de Francey, de 65 pour 100 de succès en suivant l'emploi de la voie transvésicale pure, nous voyons par simple lecture des chiffres que la statistique s'est beaucoup améliorée.

Malheureusement, notre méthode ne peut pas être généralisée à tous les cas de fistules vésico-vaginales, mais elle est à notre avis plus intéressante encore, puisqu'elle nous sert dans des cas tout particuliers où aucun autre procédé ne peut donner satisfaction.

D'après M. le Professeur Legueu qui a mis à exécution toutes les méthodes existantes, il indique bien

que dans notre technique il n'est pas besoin des moyens complémentaires tels que le double cathétérisme permanent des uretères, ou la position ventrale pour obtenir le résultat voulu, et que, malgré les quelques incidents qui peuvent se développer sous l'influence de la laparatomie, la guérison se fait toujours par la suture elle-même, par l'opération seule.

Si l'emploi de la méthode reste circonscrit, elle n'est pas moins intéressante : 1^o d'abord par sa facilité d'exécution ; 2^o par ses résultats.

Et pour résumer, nous pouvons dire que d'après les améliorations apportées à la technique de la cure des fistules vésico-vaginales par la voie transpéritonéo-vésicale, il est un fait acquis et établi : son exécution facile nous permet de constater l'étendue et les rapports précis de la fistule, et la séparation des deux orifices et des deux organes est assurée ; ceci fait que son succès est acquis d'avance, et que son emploi sera suivi dans un avenir prochain.

CHAPITRE VI

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

Fistule vésico-vaginale post-opératoire. Opérée par la voie transpéritéo-utérine. Guérison.

Mme F..., 34 ans, entre le 3 décembre 1912, à la Clinique de Necker, salle Laugier, lit 27.

Cette malade a été hystérectomisée le 16 août 1912 à l'Hôpital Laennec par un de mes collègues pour un fibrome utérin. Elle a subi une hystérectomie totale. Elle s'est rétablie très rapidement et vingt jours après l'opération, elle quittait l'hôpital.

Douze jours après l'opération, elle s'est aperçue qu'elle perdait ses urines. Elle les perdait en petite quantité, et elle n'avait pas été dans la nécessité de se garnir.

On ne s'est pas rendu compte à ce moment que la malade perdait ses urines par le vagin; on crut à une incontinence passagère due au sphincter et se produisant par l'urètre.

Après être sortie de l'hôpital, la malade continue à se reposer quelque temps, et ce n'est que lorsqu'elle a voulu reprendre son travail de ménagère, et lorsqu'elle a recommencé à se tenir debout toute la journée que ses pertes d'urine ont brusquement augmenté, et qu'elle a été obligée de se garnir.

Depuis, elle perd ses urines continuellement jour et nuit et elle est obligée de rester toujours garnie. Elle peut garder des urines dans la vessie mais, lorsqu'elle urine, elle urine à la fois par l'urètre et par le vagin.

Le toucher permet de sentir très haut au fond du vagin un orifice arrondi, des dimensions d'une pièce de vingt centimes. En pressant à ce niveau au fond du vagin, on fait sortir un peu d'urine.

Au spéculum, on voit un orifice déprimé, en cul de poule, situé sur la paroi antérieure du vagin.

Résultat de l'examen cystoscopique (M. Papin). — À l'examen cystoscopique, on voit, au milieu de la face postérieure de la vessie, au-dessus du trigone, exactement sur la ligne médiane entre les deux uretères, un large orifice très net, très régulier, avec des bords bien couverts de muqueuse: il ressemble bien plus à celui d'une cellule, d'un diverticule, qu'à l'orifice d'une fistule vésico-vaginale. On pourrait le prendre pour l'orifice d'une cellule.

Il est à noter, en effet, que la vessie retient très bien le liquide qui ne s'écoule dans le vagin qu'en de très petites gouttes.

En outre, les bords de la fistule sont arrondis de façon très régulière.

Une sonde urétérale poussée dans l'orifice y entre et s'y enroule.

Il y a donc là, une petite cavité intermédiaire à la vessie et au vagin.

Opération le 9 décembre 1912, par M. le Professeur F. Leguen.

1^o *Laparatomie médiane*, après incision de l'ancienne cicatrice. Le péritoine étant ouvert, les anses intestinales

refoulées et protégées par une compresse, l'écarteur du Professeur Legueu mis en place, on inspecte la cavité pelvienne absolument vide d'adhérences d'ailleurs.

La face postérieure de la vessie se continue régulièrement avec la face postérieure du vagin. Une vague ligne cicatricielle un peu festonnée, et au doigt un peu plus épaisse, permet de dire le point où se trouve la continuation des deux organes.

Pour rapprocher le plus possible en avant la zone d'opération, j'exerce avec des pinces des tractions sur le péritoine péri-vésical. En outre, avec deux pinces de Musseux je saisis la face postérieure du vagin un peu en arrière de la zone où il se confond avec la vessie ;

2^o Avec un bistouri plongé en plein dans le milieu de la face postérieure de la vessie, j'ouvre la cavité vésicale ; et continue mon incision vers le vagin.

Les lèvres de l'incision s'écartent, et je vois les deux orifices de la fistule vésico-vaginale, dans laquelle je suis d'emblée tombé. L'orifice vésical et l'orifice vaginal, ouverts en arrière et séparés par mon incision, sont encore adhérents en avant ;

3^o *Décollement de la vessie du vagin* aussi loin que possible, dans l'étendue de deux (2) bons centimètres : cette séparation est faite aux ciseaux et au doigt, avec prudence à cause de la proximité de l'uretère droit ;

4^o *Fermeture de l'orifice vésical* : d'abord fermeture de la muqueuse par des points séparés, qui donnent une ligne transversale ; par-dessus suture de la couche musculaire, mais par des fils passés de droite à gauche qui font l'ensemble d'une ligne verticale, c'est-à-dire en croix à la première ; par-dessus, le péritoine, de manière à interposer une couche de séreuse en arrière de la fistule vésicale ;

5^e *Fermeture de l'orifice vaginal*, par des points au catgut, et péritonisation aussi, qui recouvre sa face postérieure et se continue en avant avec celle de la vessie ;

6^e Drain abdominal hypogastrique ; suture de la paroi abdominale. Une sonde de Pezzer est mise à demeure dans la vessie.

Suites opératoires. — Les jours suivants on voit un peu de réaction abdominale, avec tympanite, mais un purgatif donné le troisième jour, remet les choses en état.

Ablation du drain abdominal au cinquième jour.

On enlève la sonde de Pezzer le dixième (10^e) jour.

A partir de ce moment la malade urine sans s'en apercevoir. Mais les jours suivants les fonctions se régularisent, elle urine bientôt tous les trois heures seulement.

Par le vagin elle a un peu d'écoulement, la nuit seulement, et en si petite quantité qu'au moment du départ, le vingt-cinquième (25^e) jour, on peut considérer le résultat thérapeutique comme acquis.

Revue trois mois plus tard, la malade est parfaitement guérie.

OBSERVATION II

Fistule vésico-vaginale à la suite d'un accouchement, opérée par voie transpéritonéo-vésicale. Guérison.

Mme M..., 29 ans, entre à la Clinique de Necker, salle Laugier, le 5 mai 1914.

Entre à l'hôpital parce qu'elle perd ses urines.

Il y a quatre ans, en juillet 1910, la malade a accouché d'un enfant mort-né venu à terme. L'accouchement qui a été fait dans une maternité, a été très laborieux, la malade a été finalement endormie au chloroforme et les forceps

ont été utilisés. L'enfant est mort pendant l'accouchement.

Quelques jours après son accouchement, la malade perd tout le temps ses urines. Pendant trois mois elle avait de l'albumine dans ses urines jusqu'à 4 grammes; la quantité a diminué progressivement.

En octobre 1910, première opération à Beaujon par M. Bazy. Aucune amélioration. Sonde à demeure.

En janvier 1911, deuxième opération. Amélioration douteuse. Le repos absolu permet à la malade de garder ses urines.

En juillet 1911, troisième opération. Résultat nul.

En décembre 1911, quatrième opération. Résultat nul.

En décembre 1912, cinquième opération. Résultat nul.

En avril 1913, sixième opération. Résultat nul.

Examinée au toucher vaginal on sent une fistule, siégeant très haut sur la paroi vaginale antérieure.

Opération le 19 juin 1914, par M. le Professeur F. Legueu. Voie transpéritonéo-vésicale.

1° Laparatomie médiane sous-ombilicale; position de Trendelenburg;

2° Ouverture de la vessie; dédoublement de la cloison vésico-vaginale au niveau de la fistule;

3° On suture séparément au catgut la paroi vaginale; au catgut et à la soie la paroi vésicale; péritonisation;

4° Drain hypogastrique; fermeture de la paroi abdominale. Sonde de Pezzer à demeure.

Suites opératoires. — Parfaites.

On enlève le drain le troisième jour.

On enlève les fils au dixième jour.

On enlève la sonde de Pezzer le douzième jour; a été changé plusieurs fois.

Au moment où on enlève la sonde vésicale, il s'écoule

pendant deux jours un peu d'urine par la plaie abdominales ; puis la réunion se fait entièrement.

La malade quitte l'hôpital le 14 juillet, absolument cicatrisée et continente.

OBSERVATION III

Fistule vésico-vaginale à la suite d'un accouchement opérée par voie transpéritonéo-vésicale. Guérison.

Mme C..., 28 ans, ménagère, entre à la Clinique de Necker, salle Laugier, le 6 février 1915.

Mariée à 22 ans ; elle a eu un enfant qui a aujourd'hui sept mois ; à la suite de cet accouchement qui a été achevé par une application de forceps, elle s'aperçoit huit jours plus tard qu'elle perdait ses urines, sortant par le vagin jour et nuit. Cet état a continué pendant quatre mois.

Aujourd'hui elle ne perd ses urines que lorsqu'elle est debout. La nuit et lorsqu'elle est couchée elle ne les perd pas.

A l'examen on sent au toucher vaginal, la fistule, qui est située dans la lèvre antérieure du col de l'utérus, lui-même fendu en deux.

A l'examen cystoscopique on voit au-dessus de l'orifice urétéral droit une fente transversale d'un centimètre environ, c'est l'orifice vésical de la fistule.

Opération le 15 février 1915, par M. le Professeur F. Legueu, voie transpéritonéo-vésicale. Anesthésie générale à l'éther.

1^o Laparatomie médiane sous-ombilicale ; position de Trendelenburg.

2^o Incision sur la face postérieure et médiane de la vessie. La fistule est incisée du coup, tellement qu'on ne la voit plus, et la chercher ailleurs est inutile.

3^o Fermeture exacte de la vessie ;

4^o Fermeture du vagin près du col, dans la zone probable de la fistule qu'on ne voit plus ;

5^o Reconstitution de la couche péritonéale ;

6^o Drain hypogastrique ; fermeture de la plaie abdominale. Sonde Pezzer à demeure.

Suites opératoires. — Normales.

Ablation du drain abdominal le troisième jour. Ablation de la sonde à demeure le dixième jour. La malade a perdu ses urines en petite quantité, autour de la sonde. Ablation des fils le douzième jour.

La malade quitte l'hôpital le 1^{er} mars ; elle ne perd plus ses urines et est complètement guérie.

OBSERVATION IV

Large fistule vésico-vaginale, opérée par la voie transpéritonéo-vésicale. Mort d'anurie sans péritonite.

Mme M..., 36 ans, entre à la Clinique de Necker, salle Laugier, le 11 mai 1916.

Large fistule vésico-vaginale à la suite d'une hystérectomie totale, faite il y a un an, à l'Hôpital Saint-Louis.

La malade perd ses urines par le vagin continuellement.

Au toucher vaginal, large trou de communication entre le vagin et la vessie.

Opération le 17 mai 1916, par M. le Professeur Legueu. Anesthésie générale au chloroforme.

1^o Laparatomie sous-ombilicale médiane. Le vagin se continue très loin avec la vessie ;

2^o Incision médiane de la face postérieure de la vessie ; la fistule comprend toute la face postérieure de la vessie ;

3^o Séparation de la vessie et du vagin ;

4^o Fermeture isolée du vagin ;

5^o Fermeture isolée de la très grande brèche vésicale, par deux plans de soie, et un de catgut ;

6^o Péritonisation isolée de la vessie et du vagin et de façon à les rendre parfaitement indépendants ;

7^o Drain hypogastrique. Sonde de Pezzer à demeure.

L'opération a été très difficile et très longue, a duré une heure et quart, mais la technique est très correcte.

Suites opératoires. — Morte d'anurie.

La malade le jour de l'opération n'urine que quelques gouttes d'urine, ou plutôt de liquide sanguinolent.

Cette anurie continue le lendemain et le surlendemain, et la malade meurt le matin du 20 mai 1916.

Le 18 mai 1916, on lui fait du sérum glucosé : 500 cmc. sous-cutané.

Le 19 mai 1916, nouvelle injection de sérum glucosé.

OBSERVATION V

Fistule vésico-vaginale post-opératoire opérée par la voie transpéritonéo-vésicale. Guérison.

Mme T..., 43 ans, entre à la Clinique de Necker, salle Laugier, le 18 juillet 1916.

Le 12 octobre 1915, elle a été opérée à l'Hôpital Saint-Jacques, d'une hystérectomie vaginale pour polypes de l'utérus. Trois jours après l'intervention, le jour de l'ablation de la sonde à demeure, la malade remarque qu'elle

perdait ses urines par le vagin, continuellement et en totalité.

Deux mois après, la malade pouvait garder ses urines lorsqu'elle restait couchée dans son lit ; aussitôt qu'elle se levait, elle était mouillée. Par intervalle elle avait des mictions, et urinait la quantité d'un petit verre, 200 gr. Cet état continue depuis. La malade garde plus ou moins ses urines étant couchée, mais elle les perd étant debout.

Au toucher vaginal on sent profondément à la face antérieure du vagin qui est souple, une petite fistule des dimensions d'une pièce d'un sou, avec ses bords réguliers.

Opération le 26 juillet 1916, par M. le Professeur Le-gueu, voie transpéritonéo-vésicale. Anesthésie générale au chloroforme.

1^o Laparatomie médiane ; position de Trendelenburg ;

2^o Section de la vessie et du vagin par une incision antéro-postérieure, entre les deux ovaires, conservés après l'hystérectomie ;

3^o Séparation de la face postérieure de la vessie, et de la face antérieure du vagin ,

4^o Fermeture et suture du vagin au catgut, de droite à gauche ;

5^o Fermeture de la vessie en : a) plan muqueux-musculaire ; b) plan musculaire-séreux ;

6^o Péritonisation entre la face postérieure de la vessie et la face antérieure du vagin ;

7^o Drain hypogastrique ; fermeture de la paroi abdominale ; petit tampon dans le vagin ; sonde de Pezzer à demeure.

Suites opératoires. — Dans la nuit du 27 au 28 juillet, la sonde de Pezzer s'oblitére par un petit caillot de sang,

et nous trouvons le lendemain la malade avec sa vessie pleine et souffrant beaucoup.

Nous injectons un peu de liquide par la sonde, et après l'expulsion d'un petit caillot sanguin, celle-ci commence tout de suite à fonctionner. La vessie se vide et nous recueillons plus de 400 centimètres cubes d'urines. En même temps nous enlevons le petit tampon du vagin.

Malgré l'énorme distension de la vessie, les sutures se tiennent bien.

28 juillet. — Lavage de la vessie.

31 juillet. — Ablation du petit drain abdominal, changement de la sonde à demeure ; lavage vésical.

5 août. — Ablation de la sonde à demeure ; la malade urine bien.

8 août. — Ablation des fils abdominaux.

Une petite goutte sort par le vagin ou l'urètre, mais on ne sait pas bien.

Revue en octobre, la malade est parfaitement guérie, et elle n'a jamais eu depuis d'écoulement par le vagin.

OBSERVATION VI

Fistule vésico-vaginale opérée par voie transpéritonéo-vésicale. Calcul vésical. Guérison.

Mme B..., 51 ans.

Opérée pour fibrome utérin il y a six ans, présente depuis ce temps une petite fistule vésico-vaginale.

Opération le 25 février 1917, par M. le Professeur F. Legueu, voie transpéritonéo-vésicale.

1^o Laparatomie ; position de Trendelenburg ;

2^o Incision de la face postérieure de la vessie ; l'incision arrive au vagin ;

- 3^o Séparation des deux orifices ;
- 4^o Suture isolée du vagin ;
- 5^o Suture isolée de la vessie, à la soie ;
- 6^o Péritonisation des sutures isolées ;
- 7^o Drain ; sonde à demeure ; fermeture de la paroi abdominale.

Suites opératoires. — Normales. Guérison.

La malade revient à nouveau, et examinée le 9 septembre 1917, on trouve un calcul dans sa vessie.

On fait une lithotritie, et en une seule prise, on brise un calcul très mou d'un centimètre et demi environ.

Cystoscopie le 20 septembre 1917. On ne voit rien, mais en bas on voit la cicatrice de la fistule vésico-vaginale.

Revue en novembre 1919, la malade présente un nouveau petit calcul. On fait une lithotritie. Guérison complète.

OBSERVATION VII

Fistule vésico-vaginale à la suite d'une hystérectomie totale ; opération par la voie transpéritonéo-vésicale. Guérison.

Mme B..., 42 ans, entre à la Clinique Necker, salle Laugier le 12 mars 1917.

Il y a quatre mois, la malade a été opérée dans un autre hôpital d'un fibrome utérin gros comme un poing. Dix jours après son hystérectomie totale, quand la sonde à demeure a été enlevée, la malade s'aperçoit qu'elle perd ses urines.

La malade perd la totalité de ses urines quand elle est

debout ; elle peut garder quelques centimètres cubes quand elle est couchée avec le bassin soulevé.

L'examen au spéculum nous fait apercevoir une fistule vésico-vaginale, grande, médiane et très haute.

Examen azotémie donne 0,408 grammes.

Opération le 19 mars 1917, par M. le Professeur F. Le-gueu, voie transpéritonéo-vésicale. Anesthésie générale au chloroforme.

1^o Laparatomie médiane sous-ombilicale ;

2^o Ouverture de la vessie et du vagin ;

3^o Séparation large de deux orifices ;

4^o Fermeture du vagin à la soie ;

5^o Fermeture de la vessie au catgut et à la soie ;

6^o Enfouissement de la zone vaginale sous la vessie ;

7^o Plan de doublure sur la vessie à la soie ; puis plan séreux enfouissant la première suture et réunissant le péritoine rétro-vaginal au péritoine rétro-vésical ;

8^o Fermeture de la paroi abdominale ; drain hypogastrique ; sonde à demeure.

Suites opératoires. — Normales.

Ablation du drain au troisième jour.

Ablation des fils au dixième jour.

On enlève la sonde à demeure le douzième jour. La malade urine spontanément sans perdre ses urines, et part quatre jours plus tard tout à fait guérie.

OBSERVATION VIII

Fistule vésico-vaginale post-opératoire, opérée par voie transpéritonéo-vésicale. Guérison.

Mme B..., 30 ans, entre à la Clinique de Necker, salle Laugier, le 8 octobre 1917.

Malade depuis juin 1917, avec hémorragies vaginales pendant une quinzaine de jours.

Opérée pour fibrome utérin par M. Phocas à l'Hôpital Boucicaud. Après l'opération quelques points suppurent.

Puis perd ses urines presque de suite et totalement.

Examinée au Necker à la cystoscopie le 10 octobre 1917, on voit dans la paroi vésicale postérieure, sur la ligne médiane et plus que les orifices urétéraux, une fistule vésico-vaginale, facilement cathérisée.

Opération par M. le Professeur Legueu, le 5 novembre 1917, voie transpéritonéo-vésicale.

1^o Laparatomie médiane sous-ombilicale ; position de Trendelenburg ;

2^o Section de la vessie, fistule et vagin ;

3^o Séparation des deux orifices ;

4^o Fermeture du vagin ; deux plans à la soie ;

5^o Fermeture de la vessie ; trois plans ; indépendance nettement obtenue ;

6^o Drain hypogastrique ; fermeture de la paroi abdominale ; sonde de Pezzer à demeure.

Suites opératoires. — Normales.

Ablation du drain au troisième jour.

Ablation de la sonde au dixième jour.

Ablation des fils au onzième jour.

Guérison par première intention ; la malade est continente.

OBSERVATION IX

Fistule vésico-vaginale, à la suite d'une hystérectomie.

Fistule extrêmement large, opérée par voie transpéritonéo-vésicale. Guérison.

Mme S..., 22 ans, entre à la Clinique de Necker, salle Laugier, le 10 octobre 1917.

Métrorragies depuis la puberté même, soit à 12 ans.

En février 1916, curetage, à l'Hôpital Saint-Louis. En mars 1917, deuxième curetage. La métrorragie s'arrête.

Puis a pertes blanches en abondance. Examinée à nouveau on s'aperçoit dans le service qu'il s'agissait de polypes dégénérés, et on consulte la malade pour une hystérectomie.

Le 26 juin 1917, opération d'hystérectomie abdominale pratiquée par MM. Chamorro et Carvahlo.

La malade perd la totalité de ses urines, par le vagin, à peine réveillée du chloroforme.

Examen au Necker. Au toucher vaginal, on sent un formidable trou qui n'est autre que la fistule, situé en la partie haute de la cloison vésico-vaginale, grand comme une pièce de deux sous.

Opération par M. le Professeur F. Legueu, le 15 octobre 1917; voie transpéritonéo-vésicale.

1^o Laparatomie sous-ombilicale, position de Trendelenburg;

2^o Décollement des adhérences de l'S iliaque, adhérent au vagin;

3^o Ouverture de la vessie et de la fistule. Décollement des deux orifices, vaginal et vésical;

4^o Suture isolée du vagin;

5° Suture de la vessie ;

6° Indépendance des deux orifices assurée par l'interposition du côlon et du péritoine rétro-vésical ;

7° Drain hypogastrique ; fermeture de la paroi abdominale. Sonde Pezzer à demeure.

Suites opératoires. — Normales.

18 octobre. — Ablation du drain.

24 octobre. — Ablation de la sonde de Pezzer.

25 octobre. — Ablation des fils.

La malade ne perd plus ses urines, et quitte l'hôpital le 3 novembre 1917, complètement guérie par première intention.

OBSERVATION X

Fistule vésico-vaginale post-opératoire, opérée par voie transpéritonéo-vésicale. Guérison.

Mme Fl..., 39 ans, entre à la Clinique de Necker, salle Laugier, le 12 novembre 1917.

Malade depuis six mois ; perd ses urines par le vagin.

Opérée d'un fibrome utérin, trois semaines après l'opération, elle s'aperçoit qu'elle est mouillée autant le jour que la nuit.

Examinée au toucher vaginal, on sent une fistule siégeant dans la partie haute de la cloison vésico-vaginale.

Opération par M. le Professeur Legueu, le 18 novembre 1917, voie transpéritonéo-vésicale.

1° Laparatomie sous-ombilicale, position de Trendelenburg ;

2° Ouverture, en même temps, de la vessie, fistule et vagin. Décollement des deux orifices ;

3° Fermeture isolée du vagin, par trois points à la soie ;

4^o Fermeture isolée de la vessie en trois plans ;

5^o Drain hypogastrique ; fermeture de la plaie abdominale ; sonde de Pezzer à demeure.

Suites opératoires. — Normales.

Guérison complète par première intention, sans incidents.

OBSERVATION XI

Voie transpéritonéo-vésicale pour fistule vésico-vaginale post-opératoire. Guérison.

Mme G..., 33 ans, entre à la Clinique de Necker, salle Laugier, le 17 novembre 1917.

Il y a quatre mois a été hystérectomisée pour un fibrome de l'utérus.

Dix jours après l'opération, la malade s'aperçoit que ses urines sortent spontanément par le vagin ; elle pouvait garder quelques centimètres cubes, quand elle était couchée dans le lit.

Examinée au toucher vaginal, on sent dans la partie élevée de la cloison vésico-vaginale une fistule assez large, avec des bords nets ; le doigt introduit peut entrer à peine.

Opération par M. le Professeur Leguen, le 28 novembre 1917, voie transpéritonéo-vésicale. Anesthésie générale au chloroforme.

1^o Laparatomie, sur l'ancienne cicatrice opératoire ; position de la malade en Trendelenburg ;

2^o Incision de la vessie sur la paroi postérieure, qui arrive au vagin ;

3^o Décollement des deux orifices, vaginal et vésical ;

4^o Suture du vagin isolé par points séparés ;

5° Suture de la vessie en deux plans. On ramène le péritoine sous les sutures précédentes ;

6° Drain hypogastrique ; sonde de Pezzer. Fermeture de la paroi abdominale.

Suites opératoires. — Normales.

Ablation du drain, le troisième jour.

Ablation de la sonde de Pezzer, le dixième jour. La sonde a été changée tous les deux jours.

Ablation des fils le onzième jour.

La malade quitte l'hôpital le 19 décembre, complètement guérie par première intention.

OBSERVATION XII

Fistule vésico-vaginale haute, consécutive à l'application de forceps. Cure radicale par la voie transpéritonéo-vésicale. Guérison.

Mme P..., 25 ans, employée de commerce, entre le 24 octobre 1918, à la Clinique de Necker, salle Laugier.

A la suite d'une application de forceps, à la Maternité du Port-Royal, le 11 septembre 1918, elle eut une fistule vésico-vaginale, qui lui produisait une incontinence d'urine, depuis le sixième jour de son opération.

Depuis le 17 septembre 1918, son incontinence d'urine ne s'arrêta plus ni le jour ni la nuit ; elle n'éprouva plus le besoin d'uriner.

Examinée au Necker après injection du liquide colore dans la vessie, il s'écoulait par le vagin.

En regardant le fond du vagin écarté avec une valve, on peut voir la fistule située très haut dans le fond du sac vaginal gauche, tout prêt du col utérin.

On ne fait pas la cystoscopie et on convoque la malade pour l'opérer.

Opération par M. le Professeur Legueu, le 6 novembre 1918, voie transpéritonéo-vésicale. Anesthésie générale à l'éther.

1^o Laparatomie sous-ombilicale ; position de Trendelenburg ;

2^o Incision transvésicale, dans le fond du sac vésico-utérin, de cinq centimètres de long ; après dissection de la vessie et l'utérus, en suivant le plan de clivage, on se trouve en présence de l'orifice de communication de la vessie et du vagin. L'orifice vésical siège juste à côté de l'orifice urétéral gauche, à un demi-centimètre au-dessus de celui-ci, chose qui rend l'opération difficile ;

3^o Suture du vagin par des points séparés à la soie ;

4^o Suture de la vessie ; la muqueuse vésicale au catgut fin ; la musculaire à la soie fine ;

5^o Ainsi séparées les deux cavités, interposition de tissu environnant, et par-dessus les sutures, du péritoine au catgut ;

6^o On met un drain ; fermeture de la paroi abdominale. Sonde de Pezzer à demeure.

Suites opératoires. — Normales.

Ablation du drain au troisième jour.

Ablation de la sonde de Pezzer au neuvième jour. Elle été changée tous les trois jours.

Les urines coulent par la sonde à demeure tout de suite après l'opération, jusqu'au moment où la sonde est enlevée définitivement. Après le neuvième jour, elle urine sans aucune perte par le vagin.

Ablation des fils le dixième jour.

La malade quitte l'hôpital le 25 novembre 1918, complètement guérie par première intention.

OBSERVATION XIII (voir obs. IX)

Calcul vésical consécutif à la fermeture d'une vésico-vaginale, opérée par la voie transpéritonéo-vésicale.

Mme S..., 24 ans, entre à la Clinique de Necker, salle Laugier, le 22 janvier 1919.

Opérée le 26 janvier 1917, d'hystérectomie totale par voie abdominale, pour polypes dégénérés, a présenté tout de suite après son opération une fistule vésico-vaginale post-opératoire.

Opérée à Necker le 15 octobre 1917, par M. le Professeur Legueu, par la voie transpéritonéo-vésicale de sa fistule vésico-vaginale, a été guérie par première intention (voir observation IX).

L'examen de la malade un an et demi après son opération pour la fistule, est des meilleurs. Toujours continente et bien portante jusqu'à six mois.

A ce moment-là, la malade ressentit des brûlures dans la vessie et l'urètre, surtout au moment et à la fin des mictions ; en dehors des mictions elle ne ressentait aucune douleur.

Cet état dura environ un mois puis la malade successivement en l'espace de quinze jours, élimina trois calculs de la grosseur d'un haricot.

Les brûlures se poursuivirent par intermittence jusqu'au jour de son opération.

Diagnostiquant des calculs dans la vessie, la malade est

opérée de lithotritie le 3 février 1919 par M. le Professeur Legueu.

Elle garde une sonde de Pezzer à demeure pendant huit jours ; plusieurs petits calculs s'éliminent ; un gros resta dans l'urètre et on l'enleva à la main.

13 février 1919. — Cystoscopie de contrôle faite par M. le Professeur Legueu qui vit le relief de la muqueuse vésicale dans le bas-fond, très semblable à un fil de soie cause de calcul.

Pas de calcul dans la vessie cette fois-ci.

15 février 1919. — Elle quitte l'hôpital pour revenir pour nouvelle cystoscopie pour chercher le fil vésical.

OBSERVATION XIV

Fistule vésico-vaginale à la suite d'une application de forceps et basiotripsie, opérée par voie transpéritonéo-vésicale. Guérison.

Mme J. P..., 28 ans, entre le 15 février 1919, à la Clinique de Necker, salle Laugier.

Il y a deux mois, la malade, primipare, accouche d'un enfant à terme. L'accouchement fut très difficile et nécessita un essai de forceps suivi de basiotripsie.

La malade eut alors une fistule vésico-vaginale et commença à perdre ses urines immédiatement après son accouchement.

Depuis lors, ce trouble persiste jour et nuit, dans la station debout aussi bien que dans la position couchée.

A l'examen gynécologique on constate que la fistule siège en avant du col utérin, un peu à gauche de la ligne médiane, que les bords sont cicatrisés, et qu'il existe au-

tour des brides cicatricielles, ne déterminant pas des déformations appréciables du vagin.

Cystoscopie faite à Necker le 22 février 1919. On voit une fistule vésico-vaginale d'un demi-centimètre de diamètre, siégeant dans le trigone, un peu en dedans de l'orifice urétéral gauche ; la vessie se vide facilement et rapidement par la fistule.

Opération par M. le Professeur Legueu le 3 mars 1919, voie transpéritonéo-vésicale. Anesthésie générale à l'éther.

1^o Laparatomie sous-ombilicale médiane, position Trendelenburg ;

2^o Incision verticale de la vessie ;

3^o La fistule est en dedans de l'incision vésicale ; on incise jusqu'à la fistule ;

4^o Décollement des deux orifices ;

5^o Suture du col et du vagin à la soie ;

6^o Fermeture de la vessie au catgut et à la soie ;

7^o Le péritoine est ramené de l'utérus devant la fistule. Le péritoine de la vessie est ramené à l'arrière.

Tout est péritonisé. Drain hypogastrique. Fermeture de la paroi abdominale. Sonde de Pezzér à demeure.

Suites opératoires. — Normales.

La malade n'a jamais perdu ses urines depuis l'opération. Sort de l'hôpital complètement guérie par première intention.

OBSERVATION XV

Fistule vésico-vaginale post-opératoire opérée par voie transpéritonéo-vésicale. Guérison.

Mme L..., 45 ans, entre à la Clinique de Necker salle Laugier, le 28 mars 1919.

Opérée en 1917 d'hystérectomie abdominale totale, à la suite de fistule vésico-vaginale. En juin 1918, opérée de la fistule par voie vaginale ; pas d'amélioration après l'opération.

Actuellement la malade perd ses urines surtout le jour quand elle est debout ; dans la position couchée elle arrive à ne pas se mouiller en urinant fréquemment.

Examen au spéculum. Fistule médiane près du col vésical ; 2 centimètres de diamètre.

Au toucher vaginal, culs-de-sac complètement libres. Sur la paroi antérieure on sent une petite induration correspondant à la fistule.

28 novembre 1918. — Az. 0,768 ; K. 0,141.

1^{er} avril 1918. — Az. 0,408 ; K. 0,115.

Après le résultat de la deuxième K, est opérée.

Opération par M. le Professeur Legueu le 4 avril 1919, voie transpéritonéo-vésicale ; anesthésie générale à l'éther.

1^o Laparatomie ;

2^o Incision de la vessie sur le milieu de sa face postérieure. La fistule est plus loin ; incision jusqu'à la fistule ; alors le vagin est ouvert en même temps ;

3^o Libération des deux orifices ;

4^o Fermeture du vagin à la soie ;

5^o Fermeture de la vessie par trois plans : le profond au catgut chromé ; le deuxième musculaire à la soie ; le troisième séreux péritonéal ;

6^o Drain hypogastrique ; fermeture de la paroi abdominale. Sonde de Pezzer.

Suites opératoires. — Normales.

Ablation du drain le troisième jour.

Ablation des fils le dixième jour.

Ablation de la sonde le douzième jour.

Le 1^{er} mai 1919, la malade quitte l'hôpital guérie par première intention.

OBSERVATION XVI

Fistule vésico-vaginale à la suite d'un accouchement, opérée par voie transpéritonéo-vésicale. Guérison,

Mme A..., 41 ans, entre à la Clinique de Necker, salle Laugier, le 14 janvier 1921.

Le lendemain de son dernier accouchement, la malade perd ses urines par le vagin, mais conserve ses mictions volontaires, fréquentes, tous les 1/4 d'heure sans douleurs.

Au toucher vaginal, le col utérin est éclaté et fendu sur la lèvre antérieure, qui présente une fuite profonde allongée d'avant en arrière. On ne sent pas d'orifice fistuleux.

Au spéculum, on ne voit pas d'orifice de fistule. On injecte alors du liquide coloré en bleu dans la vessie ; ce liquide vient sourdre doucement au niveau de la lèvre antérieure du col utérin. Cette lèvre est profondément fendue d'avant en arrière. Un stylet introduit dans cette fente ne pénètre pas dans une fistule.

Opération par M. le Professeur Legueu le 24 janvier 1921, voie transpéritonéo-vésicale. Anesthésie générale au chloroforme.

1^o Laparatomie ;

2^o Incision de la paroi postérieure de la vessie ;

3^o A travers la brèche vésicale on voit de suite la fistule, ayant la forme d'un tout petit trou. Décollement des deux organes ;

- 4^o Suture du col utérin et vagin à la soie ;
- 5^o Suture de la vessie au catgut chromé ;
- 6^o Péritonisation de la vessie à la soie ;
- 7^o Drain, fermeture de la paroi abdominale ; sonde de Pezzer à demeure.

Suites opératoires. — Normales.

Huit jours de sonde à demeure. Guérison intégrale sans incidents.

CONCLUSIONS

1° La voie transpéritonéo-vésicale est indiquée dans la cure de certaines fistules vésico-vaginales;

2° Son emploi est particulièrement recommandé pour les fistules post-opératoires (après hystérectomie totale), très haut située et inabaissable;

3° L'application de cette méthode d'après ces indications, donne une guérison de 100 pour 100 des cas opérés;

4° Les divers temps de la technique proposée par M. le Professeur F. Legueu sont d'exécution facile.

Vu : le Président de la thèse,

F. LEGUEU

Vu : Le Doyen,

ROGER

Vu et permis d'imprimer

Le Recteur de l'Académie de Paris

APPELL

BIBLIOGRAPHIE

POUSSON. — Archives provinciales de chirurgie de 1894.

MARTIN. — Thèse de Paris, 1897.

THIERS. — Thèse de Lyon, 1903.

SURIN. — Thèse de Lyon, 1909.

GOURVITCH. — Thèse de Paris, 1912.

LEGUEU. — Archives d'Urologie, I^{er} tome.

— Clinique de Necker, II^e tome.

DAVALOS. — Thèse de Paris, 1919.
